

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

N°

THÈSE

610

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

CH É N U Maud

née le 27 Mars 1932 à PARIS 12°

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DEVELOPPEMENT PSYCHO-MOTEUR
CHEZ DES ENFANTS ELEVES EN POUPONNIERE

Président : M. J. BERNARD, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : CHENU

Prénom : Maud

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

CHENU, Maud
CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR D'ENFANTS ELEVES EN POUPONNIERE
Paris Dact. in 4° 35 pages
Thèse Méd. PARIS 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P.

2

CHENU, Maud
CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR D'ENFANTS ELEVES EN POUPONNIERE
Paris Dact. in 4° 35 pages
Thèse Méd. PARIS 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P.

3

CHENU, Maud
CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR D'ENFANTS ELEVES EN POUPONNIERE
Paris Dact. in 4° 35 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P.

4

CHENU, MAud
CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR D'ENFANTS ELEVES EN POUPONNIERE
Paris Dact. in 4° 35 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0056

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

CH É N U Maud

née le 27 Mars 1932 à PARIS 12°

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU DEVELOPPEMENT PSYCHO-MOTEUR
CHEZ DES ENFANTS ELEVES EN POUPONNIERE



Président : M. J. BERNARD, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Bactériologie.	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy).	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	MÉNÉGAUX (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GENNES (L. de)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	SOULIÉ (P.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	PASTEUR VALLÉRY-RADOT (L.)
Clinique médicale propédeutique	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	N.
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM. TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N . . .
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL (G.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	{ FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.), m. conf.	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie expérimentale	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHET (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Ol.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)		
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.)		
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
	JOSEPH (R.)	Pneumo phthisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		CERNÉA (P.)
	LEVY (Mlle J), pr. s. ch.	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
Pharmacologie	BOISSIER (J.)		GRELLET (M.)
	LECHAT (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	DEJOURS (P.)	Urologie	QUENU (L.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
Clinique chirurgicale . . .	LÉGER (L.)	Clinique obstétricale . . .	MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)		
	HAGUENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique oto-rhino-laryngo-	
	BOUDIN (G.)	logique	MADURO (R.)
	CONTE (M.)	Clinique pédiatrique et pué-	
Clinique médicale	DOMART (A.)	riculture	LAPLANE (R.)
	MILLIEZ (P.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	PERRAULT (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	{ M ^{me} CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma mère

A notre Président de thèse,

Monsieur le Docteur Jean BERNARD

Professeur agrégé de Clinique à la Faculté de
Médecine de Paris,

Médecin de l'Hôpital SAINT LOUIS,

qui nous a fait le grand honneur de présider
cette thèse; qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur Pierre GRENET

Médecin des Hôpitaux,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse

En témoignage de notre profonde gratitude.

A Madame le Docteur BAYEN,

qui nous a guidé avec bienveillance.

Qu'elle trouve ici l'expression de notre vive
reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Docteur WELTI

Monsieur le Docteur BOLTANSKI

Monsieur le Docteur ALBEAUX-FERNET

Monsieur le Professeur LELONG

Monsieur le Docteur CLERC

Nous nous proposons d'étudier le développement psychomoteur d'enfants séparés du milieu familial et élevés pendant un temps plus ou moins long dans une pouponnière dépendant des services médico-sociaux de la SNCF.

Depuis deux ans cet établissement est reconnu par la Sécurité Sociale, ce qui a eu pour effet de modifier un peu le recrutement, en augmentant le nombre d'enfants admis pour des raisons médicales. Les soins qu'ils nécessitent obligent le personnel à leur consacrer plus de temps qu'aux autres enfants.

L'établissement est fait pour recevoir des enfants de moins d'un an, mais quelques uns sont entrés plus tard ou sont restés plus longtemps et les âges s'échelonnent de quelques jours à 24 mois.

L'étude du développement par la méthode des tests dont nous parlerons plus loin a été commencée de façon très régulière en Octobre 1955.

Ayant limité à 150 le nombre des enfants étudiés ici, nous avons pris des observations de 75 garçons et de 75 filles entrés à la pouponnière entre Octobre 1955 et Février 1958.

Nous avons donc observé 150 enfants âgés de quelques jours à 24 mois, dont les durées de séjour ont été de 1 mois à 19 mois.

Avant d'étudier leur comportement proprement dit nous verrons :

- le cadre de la pouponnière et son organisation,
- la méthode des tests utilisés.

°

° •

La pouponnière a été créée dans un ancien hôtel particulier situé dans les environs de Paris sur une hauteur bénéficiant d'un maximum d'ensoleillement. Un grand parc dépend de la propriété et l'isole des bruits de la rue.

L'aménagement intérieur garde un aspect accueillant et intime.

Mais ce qui mérite surtout de retenir l'attention, c'est l'organisation de la pouponnière. Il y a une directrice et neuf puéricultrices, toutes logées à demeure; elles sont entourées de stagiaires parmi lesquelles seront souvent recrutées les futures puéricultrices.

Chacune n'a que 6 ou 7 enfants au maximum à sa charge, et leurs horaires sont combinés de telle sorte que, à part le biberon du matin, elles s'occupent des enfants pendant toute la journée, leurs heures de repas étant prises au moment où les enfants font la sieste.

D'autre part, les tâches ne sont pas aussi divisées qu'à l'hôpital et la même personne s'occupe d'enfants pour les différents soins, les repas et elle reste au milieu d'eux presque en permanence: la disposition des lieux s'y prête puisque chaque groupe comprend une pièce centrale avec 6 petits boxes autour.

Les enfants déjà capables de se tenir assis sont mis dans des chaises et peuvent suivre du regard la puéricultrice, enregistrer ses paroles, communiquer avec elle.

Pour des enfants qui restent là tous au moins trois mois, cette jeune femme qui est toujours avec eux a un rôle considérable, l'enfant s'attache à elle, d'autant plus qu'elle se montre attentionnée non pas d'une façon mécanique de commande mais sincèrement.

D'autre part, le jour de sortie et la garde de nuit sont assurés par un roulement des puéricultrices ou des stagiaires, visage que l'enfant finit par bien connaître, étant donné le personnel volontairement limité. D'ailleurs, il arrive souvent que l'une d'entre elles vienne voir en dehors de ses heures de service un des enfants qui l'aura inquiétée pour une raison quelconque.

Les visites des parents ne sont autorisées que tous les quinze jours, dans un but d'hygiène et encore ne voient-ils leur bébé qu'à travers une vitre.

Mais ils sont tenus au courant des moindre modifications de l'état de santé de l'enfant, et reçoivent de toute façon des lettres régulièrement.

Un fait encore à noter, qui paraît accessoire mais a son importance, chaque enfant, ceci pour des enfants de quelques mois déjà, a ses jouets en propre, jouets donnés soit par la famille, soit par la directrice, et ses vêtements tout au moins pour ce qui est des tabliers et des chaussons. Il n'y a pas d'unique forme.

Au total, on a essayé dans la mesure du possible de se rapprocher au maximum des conditions familiales.

Au point de vue médical, la surveillance est assurée par un médecin attaché à la pouponnière qui voit bien entendu les enfants à leur entrée puis ensuite régulièrement même s'ils ne présentent aucun signe anormal.

En particulier on insiste sur l'examen neurologique, des troubles du tonus pouvant être en rapport par exemple avec un retard moteur ou avec une affection neurologique.

Beaucoup d'enfants sont placés pour être vaccinés au BCG en raison d'une tuberculose familiale et restent sous surveillance pendant deux ou trois mois.

D'autre part, des diététiciennes établissent des régimes appropriés à chaque cas.

°
° °

Les examens psychologiques ont été effectués suivant les tests de BRUNET-LEZINE qui s'inspirent des travaux de GESELL et de CH. BUHLER mais qui sont plus maniables et plus adaptés aux enfants français.

L'échelle de développement proposée comprend pour chaque niveau (c'est à dire pour chaque mois du 1er au 10ème puis 12ème, 15ème, 18ème, 21ème, 24ème et 30ème mois) 10 "items", dont six considérés comme des tests à proprement parler, parce qu'ils placent les enfants dans des conditions expérimentalement contrôlables en présence d'un certain matériel bien défini.

Les quatre autres se rapportent à des comportements faciles à observer dans la vie quotidienne de l'enfant, les renseignements étant fournis soit par la famille, soit par la personne chargée plus spécialement de l'enfant.

Ces épreuves portent sur quatre catégories d'acquisitions :

- contrôle postural et locomotion,
- coordination auto-motrice,
- langage,
- sociabilité,

le nombre d'observations rendant compte de chaque catégorie étant équilibré de façon différente suivant le niveau.

Par exemple au 1er mois il y a :

- 4 observations posturales,
- 2 " de coordination,

- 1 observation de langage,
- 3 " sociales et personnelles

Les épreuves pratiquées de 1 à 3 mois donnent un aperçu sur le développement de l'enfant mais en fait les tests ne sont chiffrés qu'à partir du 4ème mois. Le quotient de développement est donné en rapportant l'âge de développement: à l'âge réel exprimé en jours = Q.D.

L'intérêt du QD en cela comparable au quotient intellectuel est d'évaluer le retard en fonction de l'âge, un retard de 3 mois par exemple étant plus important à 9 mois qu'à 3 ans.

Mais ce quotient, contrairement au Q.I. en général est susceptible de se modifier de façon variable suivant les acquisitions de l'enfant qui se font souvent par étapes dans l'un ou l'autre domaine.

C'est pourquoi si pour plus de simplicité dans une première approximation on considère le QD global, il est intéressant de consulter le "profil" du test qui rend compte des résultats obtenus dans chaque catégorie.

Il est à noter que dans l'ensemble les tests sont assez indulgents pour les premiers âges de la vie.

D'autre part, le test ne constitue qu'une partie du dossier psychologique de l'enfant et il s'y joint une fiche sur laquelle sont consignés le comportement de l'enfant, ses cris, sa coopération ses réactions avec l'examineur, mais aussi ses attitudes habituelles d'après les 24 heures, détails donnés par le personnel.

On note les raisons d'admission, les conditions sociales, les antécédents familiaux, les rapports enfant-mère jusqu'à la prise en charge par l'établissement, ceci étant surtout important pour les enfants déjà grands placés vers 10 mois et ayant subi l'influence du milieu familial.

Les tests ont toujours été faits par la même personne qui dans chaque cas a pu apprécier les progrès de l'enfant et à côté du résultat chiffré donner son avis sur le comportement.

Les enfants sont testés quelque temps après leur entrée une fois qu'ils connaissent déjà les lieux et que la personne chargée de les tester les a vus et les a mis en confiance.

Certains enfants n'ont été testés qu'une seule fois soit en raison de leur séjour trop court, soit pour une raison extérieure.

Ce sont essentiellement les variations de QD qui nous intéresse ici c'est pourquoi nous ne ferons que citer les enfants testés une seule fois pour lesquels il n'y a pas de comparaison possible.

D'autre part, suivant en cela les instructions de Mesdames BRUNET et LEZINE pour l'utilisation des tests, il ne doit être tenu compte que des variations supérieures à 10% les autres pouvant être mises sur le compte de facteurs extérieurs.

Tout en respectant cette règle établie par les auteurs il faut reconnaître qu'il est quelquefois troublant de voir un QD monter ou descendre progressivement (Mireille L. 77-80-86 - Luc B. 104-108-112).

Bien que l'on ne puisse théoriquement en tenir compte, dans la pratique courante, il semble qu'on pourrait être autorisé

à préjuger favorablement ou défavorablement d'une variation régulière.

De même, seuls sont considérés les tests d'entrée et de sortie, ou ceux se rapprochant le plus de ces dates.

Cependant, il faut signaler que dans certains cas un des tests a donné une différence égale ou supérieure à 10% mais l'enfant étant revenu à un niveau plus proche de celui donné par le premier, la différence finale reste en dehors des limites:

Elisabeth B... IO4-94 (-10%)- 95

Afin de donner une idée des conditions physiques, familiales et sociales d'enfants, les raisons qui ont fait admettre des enfants vont rapidement être passées en revue.

En effet, il se retrouve un mélange d'indications médicales, de cas sociaux intriqués.

Certains enfants sont entrés en convalescence de séjours hospitaliers prolongés pour affection grave :

- 5 après intervention chirurgicale dont 3 pour malformation du tube digestif, un pour canal artériel, le dernier pour l'aprotomie exploratrice,
- 12 pour des affections de cause médicale : toxicose, infections pulmonaires aiguës,

nous verrons en prenant en détail les variations du QD quelques points particuliers où ces enfants puisqu'en effet leur premier résultat fait peu après l'entrée est souvent abaissé par un état général encore médiocre.

D'autres causes médicales ont parfois entraîné ou favorisé le placement infection cutanée, eczéma demandant une propreté rigoureuse.

Un enfant présentait une division palatine, qui entraînait de grosses difficultés d'alimentation.

Certains prématurés débiles physiquement ont été admis dès leurs premiers jours ou au sortir de l'incubateur.

Enfin, sept enfants présentaient une encéphalopathie.

A la limite certaines hypotrophies importantes jointes à des difficultés familiales ont entraîné un placement.

On voit donc que beaucoup d'enfants nécessitent des soins médicaux répétés, une surveillance para-médicale de tous les instants et que le personnel leur consacre plus de temps qu'aux autres.

Cette convalescence en pouponnière soustraye l'enfant au milieu hospitalier, aux examens successifs durant la matinée, peur d'une piqûre et anxiété quasi permanente. En outre, les enfants retardés momentanément dans leur développement psycho-moteur par des séjours à l'hôpital, rattrapent plus vite leur retard au contact d'enfants normaux.

Les causes sociales sont essentiellement la maladie de la mère ou des parents.

Chez 47 enfants nous trouvons des antécédents de tuberculose, dont 29 cas de tuberculose évolutive pour laquelle il a fallu isoler l'enfant dès la naissance; l'une des mères ne présentait pas de tuberculose pulmonaire mais un mal de Pott dorso-lombaire pour lequel elle était en coquille plâtrée.

Dans 10 cas , il s'agissait de psychopathie dont l'une internée.

Deux femmes étaient mortes à l'accouchement , deux autres étaient hospitalisées en neurochirurgie.

Des difficultés sociales graves étaient intervenues dans 30 cas, familles irrégulières , problème de logement, éthylisme chez l'un des parents.

Enfin, dans un bon nombre de cas (une dizaine) la débilité familiale avait entraîné le placement d'enfants fragiles ou déficients qui ne se trouvaient pas dans de bonnes conditions d'élevage.

Nous voyons ainsi apparaître tout une série d'antécédents éthylisme, comitialité dans deux cas, psychopathie débilité qui seront à considérer devant des quotients bas alors que les enfants entrés uniquement dans un but d'isolement ou pour des raisons sociales d'exiguïté de logement ne posent pas les mêmes problèmes.

Sur les 150 enfants nous notons au sortir de la pouponnière :

- 17 QD (4 filles , 13 garçons) inférieurs à 70,
- 99 QD compris entre 100 et 70,
- 34 QD supérieurs à 100 (17 filles, 17 garçons)

Parmi les 17 enfants ayant un QD franchement insuffisant il y avait six encéphalopathies dont un enfant ayant des séquelles d'encéphalite survenue à 6 mois, une mongolienne.

Un autre qui n'a jamais présenté de test supérieur à 50, avait des malformations graves en particulier une absence bilatérale du tibia.

Les dix autres avaient des quotients entre 60 et 70:

- un enfant ayant séjourné à la pouponnière de 12 à 14 mois est venu en convalescence de séjours hospitaliers répétés nécessités par une intervention chirurgicale pour troubles digestifs,
- un jumeau dizygote prématuré né à 7 mois dont la mère atteinte d'amévrisme cérébral avait passé 6 mois sans connaissance pendant la grossesse, il était hypertonique et instable,
- un enfant hypotrophique présentant une cyphose lombaire,

- un enfant sourd-muet né d'une famille de sourd-muet entré à trois mois qui a présenté un QD à 64 à 9 mois, mais dans ce cas il faut faire la part de l'isolement de l'enfant malgré les soins attentifs.
- un enfant venu d'un placement nourricier à 11 mois dont le quotient s'est élevé régulièrement à la pouponnière laissant espérer qu'il pourrait dépasser 70,
- Un enfant abandonné par sa mère mal soigné en nourrice, qui aurait régulièrement reçu de la bière,
- un enfant pour lequel on ne retrouve qu'une débilité familiale, dont d'ailleurs les tests ont été très irréguliers à l'entrée 67, puis 1 mois après 91, 73 pour retomber à 61,
- un prématuré abandonné dépourvu de toute famille.
- une prématurée née au 6^e mois de la grossesse pesant 1000 g.
- enfin, une enfant née par accouchement long et difficile ayant été ranimée elle était atteinte de luxation congénitale bilatérale et paralysée des membres inférieurs, elle appartenait à une famille de débiles mentaux, elle a donné des signes d'affaiblissement intellectuel ayant des attitudes et des gestes stéréotypés.

Si nous considérons maintenant les 34 enfants sortis avec des quotients très satisfaisants, nous trouvons 18 cas de tuberculose évolutive chez l'un des parents. Dans un autre cas la mère avait fait une dépression nerveuse à l'accouchement. Ces enfants sont entrés les premiers jours de leur vie et restés jusqu'à 4 mois au moins.

Dans cinq cas, il s'agissait de causes extérieures, exiguité de logement, mère seule, absence des parents, mère débordée ayant déjà sept enfants en bas âge.

Parmi les dix autres enfants placés pour une cause médicale, une enfant présentait une infection cutanée sans retentissement sur l'état général, un autre une cardiopathie congénitale, seule malformation décelée. Six enfants étaient en convalescence d'hospitalisation. L'une avait présenté un sclérème, cinq des troubles digestifs pour lesquels des hospitalisations avaient duré de 1 à 2 mois.

Enfin, deux enfants avaient été placés pour hypotrophie.

Au total à part un cas de dépression nerveuse, il n'y avait aucun antécédent familial notable, pas d'antécédents obstétricaux graves, un enfant était né par césarienne mais il avait crié tout de suite, il n'y avait pas eu de souffrance foetale, un autre était né au 8ème mois de la grossesse.

Pas d'antécédent pathologique ayant eu par sa longueur un retentissement sur le développement psycho-moteur de l'enfant. Une seule malformation isolée.

Nous ne détaillerons pas les cas des 99 enfants sortis avec des quotients compris dans la moyenne assez large il est vrai

de 70 - 100, mais nous serons amenés à en parler en étudiant les variations survenues chez l'ensemble des enfants.

Disons cependant un mot des 16 enfants sur ces 99 qui n'ont été testés qu'une seule fois, soit qu'ils aient été admis dans les quinze premiers jours et que leur sortie se situe du 4^e mois, soit que leur séjour ait été court.

Les quotients étaient compris entre 80 et 90 dans quatre cas, entre 90 et 100 dans les autres.

Les enfants dans sept cas avaient été placés en raison d'une tuberculose maternelle.

Dans trois cas, cause sociale, en particulier l'un des enfants était le jumeau de celui qui avait eu un QD inférieur à 70, dont la mère était hospitalisée pour un anévrysme cérébral et avait passé 6 mois dans le coma, durant la grossesse.

Trois enfants étaient en convalescence d'hospitalisation.

Enfin, trois enfants étaient des prématurés débiles, dont l'une présentait une malformation du 5^e orteil.

Nous avons déjà souligné que les variations appréciables, c'est à dire supérieures à 10% traduisent une modification du rythme du développement.

Sur les 117 enfants testés au moins deux fois, il y a eu des variations dans 46 cas :

- 16 élévations du quotient,
- 30 abaissements du quotient.

Chez les huit garçons dont le quotient a augmenté on relève des variations de :

- 10% et 12% deux enfants ayant subi des interventions chirurgicales sur le tube digestif après hospitalisations répétées,
- 12% chez un jumeau dizygote né à 7 mois $3/4$,
- 13% chez un enfant ayant été hospitalisé pour des troubles digestifs,
- 15% chez un enfant placé pour des raisons purement sociales,
- 16% chez un enfant entré à 15 jours, pour raison sociale,
- 18% chez un enfant ayant présenté une cyanose à la naissance et réanimé,
- enfin, 20% l'enfant était venu à 15 jours en raison d'une tuberculose maternelle. Il est resté 8 mois et présentait une grande fragilité physique durant ses premiers mois.

Chez les filles nous notons des augmentations dans huit cas également :

- 10%, 12%, 15% dans deux cas, il s'agissait d'enfants entrés pour des raisons sociales ou pour une tuberculose d'un des parents,
- 17% chez une enfant prématurée dont le quotient final reste encore inférieur à 80. Son frère jumeau avait gagné 12%,

- 18% dans deux cas :
 - une enfant entrée à 15 jours,
 - la dernière entrée à la suite d'une hospitalisation pour toxicose grave durant le premier mois de sa vie,
- 26%, le chiffre le plus élevé concerne une jumelle atteinte d'hémorragie méningée à la naissance elle a passé cinq mois à la pouponnière et finalement atteint un QD à 86. La jumelle pendant le même séjour a conservé un QD à 79.

Sur 16 enfants par conséquent 4 sont venus après 2 ou 3 mois d'hospitalisation, et leurs gains peuvent être en partie attribués à un meilleur état physique à des examens successifs.

D'autre part, les cas sociaux ne concernaient pas des familles dont le milieu pouvait être particulièrement défavorable à un bon développement, ce qui aurait pu expliquer des progrès rapides et importants.

Chez les 16 garçons dont les quotients ont diminué nous notons des antécédents familiaux :

- 25%, tuberculose maternelle,
- 23% mal de Pott dorso-lombaire de la mère,
- 21%, 20%, 19%, tuberculose pulmonaire avec en outre pour ce dernier des antécédents épileptiques dans la famille,
- 18% double pneumothorax chez la mère,

- 17% dans deux cas :
 - l'un la mère était morte à l'accouchement,
 - l'autre métis eurasien, dont les antécédents paternels étaient inconnus,
- 14%, 13%, 12% , la mère avait des troubles psychiques l'une d'elles ayant dû être internée deux ans avant.
- 12% outre la tuberculose on notait un éthylysme chez un des parents,
- 12% encore, la mère avait une tumeur au cerveau,
- 12% dans un cas de tuberculose,
- 10% dans deux cas, dont l'un était celui d'un enfant placé pour raison social mais porteur d'une malformation cardiaque.

Malgré ces diminutions impressionnantes à première vue, il faut noter qu'un seul enfant a été ramené à un niveau de débilité franche avec un QD à 68, deux à 74.

Dans 11 cas, le niveau terminal était encore entre 80 et 100.

Dans 2 cas, il était supérieur à 100.

La plus importante diminution de quotient observée chez les filles, 26% concerne une enfant placée en raison d'un rétrécissement mitral de la mère. Elle est restée à la pouponnière de 15 jours à 10 mois 1/2 et son quotient est passé de 104 à 78.

- 20%, 19%, 18% sont notés chez des enfants dont l'un des parents étaient tuberculeux,

- I8% dans un deuxième cas qui se rapporte à une enfant élevée en l'absence de ses parents par une nurse très exigeante. Le premier quotient fait à l'entrée situe l'enfant à un niveau très supérieur à la moyenne : I24 le résultat plus faible au moment de la sortie I06 situé un mois après semble correspondre au développement naturel de l'enfant qui d'ailleurs s'était très bien adapté au milieu,
- I7% dans deux cas, . '1' une prématurée débile dont le père était éthylique et la mère tuberculeuse, l'autre chez un enfant dont la mère était internée,
- I6% chez une enfant très dystrophique porteuse de nombreuses malformations, ayant fait plusieurs séjours hospitaliers dans divers services de cardiologie. Les antécédents familiaux en outre comportaient débilité mentale, comitialité étylique,
- Enfin, I5%, I4%, I3%, I2%, II% dans deux cas concerne des enfants ne présentant rien personnellement; placés pour des raisons fortuites, tuberculose en particulier.

Donc au total I4 filles dont :

- 11 présentaient un état physique satisfaisant, pas d'autres antécédents familiaux que des maladies maternelles,

- une présentait des antécédents familiaux psychopathiques
- deux étaient physiquement débiles et en outre avaient des antécédents chargés.

Cependant, deux enfants seulement avaient un quotient terminal inférieur à 80.

Dix sortaient avec un quotient compris entre 80 et 100.

Deux avec un quotient supérieur à 100.

Donc dans 71 cas, il n'y a pas eu de variations du quotient.

Une vingtaine d'enfants parmi ceux-ci étaient à la pouponnière depuis leurs premiers jours.

Jusqu'ici, nous avons envisagé les variations de quotient d'une façon générale chez tous les enfants testés au moins deux fois et nous obtenons comme résultats globaux:

sur 117 enfants 26% ont eu un quotient qui a diminué,
14% ont eu une augmentation de quotient.

Mais sans individualiser chaque cas puisque les détails concernant les enfants ayant eu des variations importantes ont déjà été donnés, il nous a paru intéressant de chercher comment se répartissaient ces différences en fonction d'une part de l'âge, d'entrée des enfants à la pouponnière, d'autre part, de la durée de leur séjour.

85 enfants, sont entrés avant l'âge de 3 mois , on constate que 24% ont eu un quotient de développement qui a diminué.

16% des quotients ont augmenté . Par rapport à la totalité des résultats, ces chiffres donnent sensiblement la même proportion, à peine peut-on dire qu'ils sont plus favorables.

20 enfants sont entrés entre l'âge de 3 mois et de 6 mois,
10 entre 6 mois et 1 an,
2 à plus d'un an.

Ces chiffres sont insuffisants pour en tirer des conclusions cependant le tableau suivant donne une idée approximative des résultats.

Entrés à	Nombre d'enfants	Diminution de QD	Augmentation de QD
0 à 3 mois	85	26%	14%
3 à 6 mois	20	30%	10%
6 à 12 mois	10	8%	0
Plus d'1 an	2	l'un des deux QD a augmenté	

Ces résultats n'autoriseraient pas à considérer que l'âge auquel l'enfant est mis en pouponnière intervient sur son développement psychomoteur.

Envisageons maintenant le problème de la durée du séjour. En général les placements à la pouponnière sont prévus pour 3 mois puis sont renouvelés en fonction de l'état de l'enfant ou devant des difficultés familiales persistantes. Nous tenons toujours compte uniquement des enfants testés à deux reprises.

Sur les 16 enfants restés 3 mois au moins il y a eu :

- 1 augmentation de quotient: un enfant entré à 1 mois 1/2 en convalescence,
- 3 diminutions (enfants entrés à 3, 4, 5 mois pour raisons sociales).

La plupart des enfants sont restés pendant 4 à 6 mois

Sur 43 on compte :

- 3 quotients diminués: enfants entrés à 15 jours, 1 mois 6 mois en raison d'une tuberculose maternelle,
- 10 quotients augmentés :

- trois enfants entrés à 1 mois, 7 mois et 19 mois en convalescence,
- trois prématurés entrés durant leur premier mois,
- quatre entrés à environ 1 mois pour cause sociale.

Sur les 23 enfants ayant séjourné pendant 7 à 9 mois il y a :

- 6 quotients diminués, il s'agit d'enfants placés dans le premier mois, dans 3 cas, à 3 mois dans 2 cas et à 4 mois, tous pour raison sociale de maladie de la mère.
- 4 quotients ont augmentés :
un entré à 2 mois en convalescence,
une fille entrée à 1 mois 1/2 prématurée,
2 enfants entrés à 15 jours et 1 mois pour raison sociale.

DUREE	NOMBRE D'ENFANTS	aug.QD	Dim.QD
3 mois maximum	16	1	3
6 mois maximum	43	10	3
9 mois maximum	23	4	6
1 an maximum	27	1	15
Plus d'un an	8	0	3
	117	16	30

Chez les 27 enfants dont la durée de séjour a varié de 10 mois à 1 an on ne note qu'une seule augmentation de quotient chez une enfant placée à la naissance pour raisons sociales.

Il y a par contre 15 diminutions de quotient du développement chez des enfants placés tous très jeunes quelques jours dans 9 cas :

- 1 mois dans 2 cas ,

- 2 mois dans 4 cas,

l'une en convalescence, les autres pour raison d'ordre familial, essentiellement une tuberculose maternelle; 3 enfants avaient perdu leur mère peu de temps après l'accouchement . Cependant, il faut noter qu'une femme était internée et une autre présentait une psychopathie.

Enfin, si nous considérons les 8 enfants dont le séjour s'est prolongé pendant plus d'un an nous ne notons aucune amélioration du quotient.

Dans 3 cas, il y a eu une diminution notable mais il s'agissait d'enfants un peu particuliers, l'une prématurée débile abandonnée, avec des antécédents tuberculeux et éthylique du côté de la mère et du père respectivement, entrée à 1 mois, l'autre porteuse de malformation cardiaque avec antécédent de débilité et de comitialité, entrée à 6 mois , enfin l'autre sans histoire notable.

Au total sur 59 enfants restés moins de 6 mois ou 6 mois au maximum, il n'y a que 6 diminutions notables de quotient de développement, soit 10%.

Sur les 58 enfants restés plus de 6 mois, 24 ont eu

un quotient diminué à leur sortie, soit 41%, environ quatre fois plus que le premier groupe.

Cependant, il faut remarquer que la transition se fait nettement chez les enfants restés pendant 7, 8 ou 9 mois, pour lesquels une diminution n'est survenue que dans 1/4 des cas.

Le plus grand nombre de résultats défavorables concerne des enfants restés plus de 10 mois.

Il faut dire ici que certains séjours si prolongés ont été dus à la mauvaise volonté des parents, peu pressés de reprendre l'enfant, ou à l'état particulièrement déficient de l'enfant, nécessitant une surveillance médicale prolongée.

Jusqu'ici nous n'avons tenu compte que du résultat global donné par le test Brunet Lézine. Mais comme nous l'avons dit, il reflète les acquisitions dans quatre domaines différents,

contrôle postural,

Coordination oculo-motrice,

langage,

sociabilité

et constitue un profil qui peut se modifier même si le niveau global reste sensiblement identique.

Les observations de 28 enfants entrés à la pouponnière sans motif particulièrement grave vont être envisagés sous cet angle.

Il s'agit d'enfants n'ayant aucun antécédent obstétrical ou pathologique notable, en bonne santé se développant normalement, n'ayant non plus aucun antécédent familial pathologique susceptible d'avoir un retentissement sur leur développement.

Parmi les 13 garçons, 8 avaient soit le père soit la mère atteints de tuberculose stabilisée

2 étaient orphelins de mère, les décès étaient accidentels, l'un à la suite d'une grippe, l'autre d'une césarienne

3 étaient placés en raison d'une maladie aiguë de la mère (varice dans 2 cas, intervention chirurgicale dans le 3ème).

Le quotient de développement de ces enfants était compris entre 92 et 114.

La seule variation importante a été une progression de 20 %.

Sept enfants sur 12 avaient à leur départ un quotient supérieur à 100.

Le comportement était tout à fait satisfaisant, témoignant d'une excellente adaptation; un des enfants cependant présentait quelques traits d'agressivité, mais les mêmes tendances caractérielles étaient retrouvées dans la famille.

Parmi les 15 filles, 6 avaient une mère atteinte de tuberculose,

I avait son père et sa mère atteints de tuberculose, mais stabilisés.

5 avaient un père tuberculeux

I avait un frère tuberculeux

2 enfants avaient été admises en raison de la fatigue de leur mère.

Leur quotient de développement était compris entre 85 et 128.

Une seule variation importante, dans un sens favorable de 20 %.

Sur les 17, 8 avaient un quotient supérieur à 100 au départ de la pouponnière.

Leur adaptation avait également été très facile et leur comportement était tout à fait normal. Une seule avait un quotient inférieur à 90 à sa sortie et restait hypotonique et fatigable

à 10 mois, âge auquel elle sortit.

Les épreuves d'ordre postural et celles qui font intervenir la coordination oculo-motrice sont sous la dépendance étroite de l'état physique et neurologique de l'enfant.

Aussi chez ces 28 enfants dont l'examen clinique était absolument négatif et le développement moteur satisfaisant, il est intéressant d'étudier plus particulièrement les résultats obtenus aux épreuves de langage et de sociabilité.

Par rapport aux résultats globaux nous avons chez les garçons 9 épreuves de sociabilité supérieures au quotient global

chez les filles II

soit 20 en tout

chez les garçons 5 épreuves de langage supérieures au quotient global

chez les filles 7 épreuves de langage supérieures
soit 12 au total

D'autre part sur les 13 garçons, 8 épreuves de sociabilité étaient supérieures aux épreuves de langage

sur les 15 filles, 11 avaient des épreuves de sociabilité supérieures aux épreuves de langage

Au total les résultats de sociabilité sont toujours supérieurs à ceux qu'obtiennent les enfants en fait de langage, exception faite pour les enfants entrés tard à la pouponnière, comme une fille entrée à plus de 10 mois.

D'autre part l'ensemble des résultats sociabilité, langage sont souvent supérieurs aux résultats globaux en dépit de la pondération, de la cotation qui abaisse le coefficient des épreuves de langage et de sociabilité.

Ces faits peuvent être en partie expliqués par les modalités éducatives de la pouponnière, par exemple l'habitude que l'on donne très tôt aux enfants de manger à la cuillère.

Mais par contre l'enfant apprend plus tard à parler. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici d'une pouponnière qui reçoit plusieurs catégories d'enfants depuis l'encéphalopathe, le prématuré né au terme de 6 mois, jusqu'aux convalescents demandant des soins assidus, et la puéricultrice qui doit s'occuper de 6 ou 7 enfants ne peut toujours s'occuper du même, comme pourrait le faire une personne, mère ou nourrice, qui tout en vaquant à ses travaux parle constamment à l'enfant.

C O N C L U S I O N S

=====

Le travail présenté ici rapporte le résultat de l'observation du développement psychomoteur de 150 enfants admis à la pouponnière de NOGENT sur MARNE entre Octobre 1955 et Juin 1958.

Le point de départ de ces recherches est lié au souci d'apprécier les perturbations éventuelles de ce développement chez des enfants éloignés du milieu familial.

Les conditions de séjour sont exceptionnellement favorables en raison :

- du cadre même de l'établissement,
- de l'excellente organisation du service dont l'efficacité se trouve encore accrue par le dévouement éclairé du personnel.

Le recrutement des enfants participe de causes médicales et sociales. Ces dernières tenaient à des situations familiales temporairement difficiles et, à la limite, à la nécessité d'isolement correspondant à la vaccination par le B.C.G.

Les indications purement médicales de placement à la pouponnière correspondaient à des convalescences d'affections

graves ou d'interventions chirurgicales à des états de débilité physiologique avec ou sans prématurité. Ces derniers cas sont devenus de plus en plus nombreux au cours de la période considérée.

Les examens psychologiques ont été tous pratiqués par la même examinatrice, opérant suivant le protocole des tests Brunet-Lézine.

La durée de séjour de certains enfants a permis de leur faire plusieurs examens et d'observer ainsi non seulement leur niveau de développement à un âge déterminé (ce qui permettrait de chiffrer leur quotient de développement) mais encore le rythme de progression de ce Q.D. Les résultats obtenus ont été interprétés en considérant leur corrélation avec le contexte médical et familial de chaque enfant.

C'est ainsi que dans une première catégorie de recherche nous avons établi que sur les 75 garçons et 75 filles examinés, les Q.D. se répartissaient de la façon suivante :

- 17 inférieurs à 70,
- 99 compris entre 70 et 100,
- 34 supérieurs à 100.

Les enfants dont le Q.D. est inférieur à 70 inspirent de sérieuses inquiétudes quant à l'avenir de leur développement psychomoteur. Leur antécédents familiaux sont particulièrement chargés. Leur état physique était dans plusieurs cas très médiocre, leur état neurologique enfin confirmait chez plusieurs d'entre-

eux le diagnostic d'encéphalopathie infantile.

Pour les autres enfants, nous pouvons admettre que les résultats bruts ci-dessus exprimés correspondaient à des niveaux compatibles avec un développement ultérieur convenable, sans doute les niveaux les plus bas peuvent-ils faire présumer des risques d'inadaptation mais non autoriser à les croire inéluctables.

La considération des variations de Q.D. chez les enfants qui ont subi plusieurs examens est significative lorsque l'ampleur des différences excède 10%.

Les élévations de Q.D. ont été constatées chez 10 enfants leur ampleur a atteint dans un des cas 26% chez une jumelle dizygote atteinte d'hémorragie méningée à la naissance, qui a séjourné 5 mois à la pouponnière.

Les abaissements de Q.D. ont été constatés chez 27 enfants. Dans un seul cas cette chute a rejoint un chiffre limite (70) de débilité.

Le déficit n'a été en aucun cas assorti de troubles se rattachant de près ou de loin au syndrome d'hospitalisme.

La plupart des abaissements concernaient des enfants testés très jeunes et il est permis de rappeler que l'étalonnage des épreuves est relativement plus indulgent pour les premiers âges.

Le comportement des enfants à l'endroit du personnel de la pouponnière, des autres enfants, de la psychologue, témoigne constamment d'une adaptation satisfaisante, obtenue grâce au climat de tendresse et de dévouement affectueux que maintiennent

les personnes chargées des enfants.

Il est certain que les résultats les plus médiocres correspondent à l'intrication le plus souvent complète de :

- débilité physique,
- carence ou lourds antécédents familiaux,
- prolongation excessive du séjour en raison d'indications médicales et sociales.

L'étude isolée de 28 observations concernant des enfants qui étaient placés pour des motifs extérieurs à toutes circonstances pathologiques graves confirme la signification des résultats précédents.

Ces 28 enfants en effet présentaient des Q.D. entre 92 et 114; trois variations importantes seulement ont été observées dont 2 progressions de 20% et une baisse de 18%. Ceci témoigne semble-t-il en faveur de la présentation dans le milieu de la pouponnière du rythme personnel d'acquisition de l'enfant.

La seule variation régressive concernait en effet une enfant recueillie en l'absence momentanée de ses parents et de sa nurse tombée brutalement malade. Cette enfant examinée aux premiers temps de son séjour présentait des éléments de développement psycho-moteur supérieurs à son âge. Après quelques semaines de séjour son niveau était simplement normal.

Il est permis de penser d'après le contexte connu que l'éducation était relativement poussée par la nurse.

Une dernière catégorie de résultats met en évidence précisément à propos des enfants considérés dans le paragraphe précédent certaines particularités de rythme des acquisitions psycho-motrices. La différenciation d'épreuves de test permet en effet de reconnaître les traits relatifs au contrôle postural, à la locomotion, à la sociabilité au langage.

Le Q.D. exprime globalement le niveau. Des quotients partiels permettent de tracer un profil de développement. Ils mettent en évidence sur ce nombre restreint d'enfants, une certaine discordance entre les acquisitions au titre de langage et celles au titre de la sociabilité. Ces dernières sont flatteuses, le développement des aptitudes linguistiques l'est nettement moins.

Il nous a paru que l'on pouvait peut être trouver là un signe discret de l'insuffisance relative du milieu éducatif.

L'importance des soins médicaux requis par des nourrissons débiles occupe forcément le temps et l'esprit du personnel. Le développement linguistique requiert au maximum l'établissement de relations affectives étroites et une certaine constance dans l'emploi du langage devant l'enfant et à son intention. Ces conditions typiquement liées à la présence maternelle sont évidemment malaisées à recréer en pouponnière. Néanmoins, cette constatation doit inciter à conseiller au personnel certains efforts spécialement destinés à favoriser les acquisitions linguistiques.

Remarquons enfin que la pouponnière conçue pour nourrissons au-dessous d'un an conserve certains enfants au-delà de

cet âge en raison des circonstances médicales ou familiales. Cette tolérance permet souvent des résultats médicaux inespérés. Elle intéresse les enfants qui fournissent par ailleurs les résultats psycho-moteurs les plus médiocres. Si l'on peut, à quelques titres imputer à la vie en collectivité certaines lacunes éducatives d'autant plus sensibles que l'enfant est plus âgé, il est certain par ailleurs que la gravité des motifs de séjour constitue le plus souvent un élément pronostique défavorable pour le développement psychomoteur comme pour l'état général.

Vu, le Président de Thèse :
Docteur J. BERNARD

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur F. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris:
J. SARRAILH

AGE DU DERNIER EXAMEN AVANT LA SORTIE

Garçons: 13	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	12mois	15mois
Jean-Marie A				{ L 89 S II0 QD 96					
Robert P						{ L 92 S IO4 QD 96			
Jean-Louis P			{ L IO4 S II0 QD IO9						
Philippe G		{ L 110 S IOI QD IO4							
Patrick M							{ L II2 S I27 QD III		
Daniel C								{ L 93 S IO4 QD 93	
Daniel Ca(1)							{ L IO7 S 89 QD 94		
Olivier H					{ L IO2 S IO2 QD II4				

(1) enfant arrivé à la pouponnière après 9 mois assez dérouté et opposant au début

AGE DU DERNIER EXAMEN AVANT LA SORTIE (suite)

Garçons: 13	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	12mois	15mois
Bernard G.						{ L 99 S 110 QD 105			
Patrice G								{ L 102 S 102 QD 104	
Bernard B			{ L 95 S 95 QD 95						
Luc B				{ L 116 S 123 QD 112					
Eric B		{ L 97 S 116 QD 106							

STUDIES

L	97
S	108
QD	95
L	100
S	111
QD	99

AGE DU DERNIER EXAMEN AVEC LA SORTIE (suite)

Filles : 15	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	12mois	15 mois
Claudine T							{ L 90 S 96 QD 85		
Arlette V								{ L 93 S 104 QD 90	
Scarlett V							{ L 100 S 110 QD 96		

